

Noel Lopez, M.D. / Palm Valley Medical Clinic

5140 N 107th St McAllen, TX 78504 P: (956) 972-1600 F: (956) 972-0880
4711 Alamo Rd. Ste 105 Alamo, TX 78516 P: (956) 223-2655 F: (956) 223-2656

REGISTRACION DEL PACIENTE

Nombre : _____ Fecha de nacimiento: _____
Domicilio: _____ Ciudad _____ Estado _____ # Postal _____
Seguro Social _____ Hombre_ Mujer_ Estado Civil: S__ C__ D__ V__
de telefono: _____ # celular: _____ # de trabajo: _____
Apellido de soltera: _____ Situacion Laboral: empleado __ estudiante __ otro __

INFORMACION SOBRE EL TRABAJO

Empleador: _____ Ocupacion: _____
Domicilio de Empleador: _____ Ciudad _____ Estado _____ # Postal _____

INFORMACION DE AZEGURANZA

Subscritor de la Aseguranza: Uno Mismo __ Esposo __ Padre __ Empleador __
Apellido: _____ Nombre: _____ Segundo Inicial _____
Relacion al Paciente: _____ Seguro Social: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Nombre de Azeguranza: _____ ID del Subscritor: _____
de Grupo: _____ Domicilio de Azeguranza: _____
Telefono: _____

INFORMACION DE CONYUGE

Nombre: _____ Apellido: _____ Fecha de Nacimiento: _____
de Telefono: _____ Seguro Social: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre: _____ # de Telefono: _____
Relacion al Paciente: _____ Domicilio: _____

ES SU ENFERMEDAD O LESION RELACIONADA CON CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES?

Trabajo __ Emergencia __ Accidente __ Accidente de Automobilo __
Si el empleo relacionado, ha sido notificado el empleador? Si __ No __
Nombre del Empleador Contacto _____ # de Empleador: _____

COMO ESUCHO DE NOSOTROS?

Anuncio __ Empleado __ Amigo/Pariente __ Otro __

Consentimiento para Tratamiento / Responsabilidad Financiera y Asignación de Beneficios

Yo voluntariamente su consentimiento para recibir servicios de atención médica y de salud que pueden incluir procedimientos de diagnóstico, exámenes y tratamiento. Por la presente, ceder, transferir, y establecer a Noel López, MD todos mis derechos, títulos e intereses, a mis beneficios de reembolso por mi seguro médico. Yo autorizo la divulgación de cualquier información médica necesaria para determinar estos beneficios. Esta autorización será válida hasta nuevo aviso por escrito dada por mí la revocación de dicha autorización. Yo entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos sean o no están cubiertos por el seguro.

Yo entiendo que he leído este formulario y entiendo su contenido.

X _____

Fecha: _____
 Nombre: _____
 Fecha de Nacimiento: _____
 Seguro Social: _____
 # De Cuenta: _____

Anote la razón principal (s) de tu visita con el médico.

- 1.) _____
- 2.) _____
- 3.) _____

(Los detalles de su enfermedad)

¿Usted tiene alguno de los siguientes recientemente? (círculo)

Fatiga	Manchas en la visión	Tos con sangre	Estreñimiento
Debilidad Generalizada	Dolor de oído-derecha-izquierda	Dificultad para respirar	Hemorroides
Pérdida de peso (excesivo)	Pérdida de la Audición	Dolor al respirar	Dolor rectal
Aumento de peso (excesivo)	Drenaje del oído	Dolor de pecho	Hernia
Fiebre	Presión del oído	Palpitaciones	Dolor al orinar
Escalofrío	Zumbido en el oído	Dolor en las mamas	Necesidad frecuente de orinar
Sudores nocturnos	Congestión nasal	Los tobillos hinchados	Sangre en la orina
Los dolores de cabeza tensión / migraña	Nariz sangra	Un tumor mamario	Dolor genital
Insomnio	Dolor del Sino	Secreción de las mamas	Flujo genital
Dormir demasiado	Dolor de garganta	Náusea	Dolor de espalda
Depresión	Sed excesiva	Vómitos	Dolor extremo
Episodios de llanto	Llagas en la boca	Dolor abdominal	
Dolor en los ojos	Ronquera	Distensión abdominal	
Pérdida de la visión	Dolor en el cuello	Diarrea	
Doble Visión	Tos con flema	Sangre en las heces	
	Tos seca	Heces negras	

Historia Social: (círculo)

Ocupación: _____
 Estado civil: Soltero Casado Divorciado Viuda (o)
 ¿Cuántos hijos tiene usted? _____
 ¿Vive usted sola (o)? Si No

Historia de sustancias: (círculo)

¿Ha fumado alguna vez? Sí No
 ¿Cuánto? _____ Años dejar de fumar _____
 ¿Bebe alcohol? Sí No
 ¿Cuánto? _____
 ¿Usa medicamento sin receta? Sí No
 (Lista) _____

Una lista de sus alergias a los medicamentos: _____

Lista todas sus cirugías: _____

¿Ha tenido alguno de los siguientes? (círculo)

Alergias	Diabetes	Insuficiencia renal	Epilepsia	Cáncer de:
Asma	Presión arterial alta	Diálisis	Alcoholismo	_____
Enfisema	Colesterol alto	Transfusión de sangre	Abuso de Drogas	Intento de suicidio
Tuberculosis	Ataque del corazón	Hepatitis	Glaucoma	Trastorno de la coagulación
Angina	Depresión	úlceras	Neumonía	Trastorno de la tiroides
Gota	Cálculos Renales	Artritis		

Otras enfermedades: _____

¿Alguna de la siguiente corre en su familia? (círculo)

Asma	Artritis
Enfisema	Epilepsia
Tuberculosis	Alcoholismo
Gota	Abuso de Drogas
Cálculos Renales	Cáncer de próstata
úlceras	Cáncer de mama
Diabetes	Cáncer de pulmón
Presión arterial alta	Cáncer de colon
Colesterol alto	Otro: _____
Ataque del corazón	
Depresión	
Trastorno de la coagulación	
Trastorno de la tiroides	

¿Cuánto tiempo (años) desde la última:

examen Físico _____
 vacuna contra la gripe _____
 examen rectal _____
 refuerzo contra el tétanos _____
 radiografía de tórax _____
VARONES: examen de próstata _____
MUJERES:
 último período _____
 mamografía _____
 Papanicolaou _____

Lista de todos sus medicamentos: _____

Noel Lopez, M.D. / Palm Valley Medical Clinic

5140 N 10th St McAllen, TX 78504 P: (956) 972-1600 F: (956) 972-0880
4711 Alamo Rd. Ste 105 Alamo, TX 78516 P: (956) 223-2655 F: (956) 223-2656

El seguro es una manera para que usted pueda recibir el pago de cuotas que haya pagado a un médico por los servicios prestados. Tener un seguro no es un sustituto para el pago. A pesar de que las compañías de seguros tienen una asignación fija y el porcentaje sobre la base de su política con ellos, su política es con su compañía de seguros, no con esta oficina. Es su responsabilidad de proveer el pago de los deducibles, co-seguro, y cualquier otro saldo no pagado por su seguro. Nosotros le ayudaremos en recibir el reembolso de cualquier manera posible, pero usted es el responsable por el pago de su factura.

Seguro Primario: _____	Fecha de vigencia:	_____
Domicilio: _____	Cuidad/Estado/Código postal:	_____
Id # _____	# de Grupo _____	# de telefono: _____
Asegurado _____	Relación con el asegurado	_____

Seguro Secundario: _____	Fecha de vigencia:	_____
Domicilio: _____	Cuidad/Estado/Código postal:	_____
Id # _____	# de Grupo _____	# de telefono: _____
Asegurado _____	Relación con el asegurado	_____

Pacientes con Medicare

Solicito que el pago de beneficios autorizados de Medicare sea hecho a mí o en mi nombre a Noel López, M.D. por cualquier servicio que se me de Noel López, M.D. Yo autorizo que todo poseedor de los registros médicos sobre mí para liberar al Cuidado de la Salud Administración para el Financiamiento y sus agentes cualquier información necesaria para determinar los beneficios y procesar la reclamación al seguro. Este acuerdo permanecerá en vigor hasta que sea revocada por mí por escrito. Una fotocopia de este acuerdo debe ser considerada tan válida como el original.

Pacientes sin Medicare

Yo autorizo la liberación de todos los informes médicos necesarios para procesar este reclamo y que es pertinente a mi atención médica. Asigno todos los beneficios médicos y / o quirúrgico, incluyendo beneficios médicos a los que tengo derecho, a Noel López, M.D. Este acuerdo permanecerá en vigor hasta que sea revocada por mí por escrito. Una fotocopia de esta asignación es que se considerada tan válida como el original.

YO ASUMO LA RESPONSABILIDAD FINANCIERA POR TODOS LOS CARGOS. HE LEIDO LA INFORMACION ANTERIOR Y LO ENTIENDO.

PACIENTE:

(Si el paciente es un menor de edad, la firma de los padres es necesaria)

Testigo

Fecha

**Reconocimiento de la revisión de la
Notificación de prácticas de privacidad**

He revisado este aviso de prácticas de privacidad, que explican cómo mi información médica será utilizada y divulgada. Yo entiendo que tengo derecho a recibir una copia de este documento.

Firma de Paciente o Representante Personal

Fecha

Nombre de Paciente o Representante Personal

Descripción de la autoridad del representante personal